Aus der Universitätsaugenklinik Würzburg
Vorstand: Geh.-R. Prof. Dr. F. Schieck.

Erfahrungen über Trachom an der Universitäts-Augenklinik zu Würzburg.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Walter Babucke
aus Saarbrücken.

1933

Buchdruckerei Richard Mayr, Würzburg.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Geh.-Rat Prof. Dr. F. Schieck

Meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154013_0046

Die Lehre vom Trachom — welch riesengroßes Arbeitsfeld liegt bei Betrachtung dieses Problems hinter uns! Wohl kam man zur Ueberzeugung, daß es sich um eine Infektionskrankheit handele, doch war deren Erreger bisher noch nicht sicher nachweisbar. Noguchi glaubte in dem von ihm gefundenen „Bacterium granulosis" den Erreger gefunden zu haben, doch ergab sich bei einer Nachprüfung durch Lindner, daß sich bei dem geimpften Material ein typisches Bild von Follikulose entwickelte, sodaß letzterer zu dem Schlusse kam, Noguchi habe den Erreger einer Form von Conjunctivitis folliculosa gefunden, doch nicht den des Trachoms. Hieraus erkennt man schon, mit welchen Schwierigkeiten die Forscher zu kämpfen haben. Besonders auffällig erscheint die Tatsache über die verschiedene Beurteilung des klinischen Bildes, wobei ein Forscher ein Trachom, ein anderer jedoch Conjunctivitis follicularis diagnostizieren konnte. Hier stoßen wir in dem — was den Erreger anbetrifft — noch nicht ganz geklärten Trachomproblem wieder auf eine große andere Schwierigkeit und ein Gebiet, das verschiedene, teilweise ganz entgegengesetzte Meinungen auslöst, nämlich das Thema: Trachom und Conjunctivitis follicularis. Unitarier und Dualisten treffen hier aufeinander, erstere, die die Conjunctivitis follicularis als ein Vorstadium oder als abgeschwächte Erkrankungsform des Trachoms angesehen haben wollen und letztere, welche die beiden Krankheitsbilder als zwei völlig verschiedene Erkrankungen beurteilen. Bevor ich mich nun zu der an hiesiger Klinik gepflegten Anschauung über dieses Thema äußern und dieselbe nachweisen möchte, sei es mir gestattet, einige in den letzten Jahren zu diesem Problem geäußerte Stimmen hier wiederzugeben.

Die schon 1897 geäußerte Ansicht Kuhnt's über die Stellung zwischen Trachom und Conjunctivitis follicularis erscheint bei den heutigen gegensätzlichen Meinungen einfach und überzeugend ausgedrückt. Kuhnt weist darauf hin, daß bei einem auch noch so allmählichen Uebergang von Follikeln in Körner sich der follikulären Infektion nachträglich eine solche mit Trachomerregern angeschlossen haben müsse. Wenn jahrzehntelange Beobachtung feststellte, daß Follikularkatarrh immer Follikularkatarrh bleibt, daß sich jedoch sofort eine Veränderung einstelle, wenn ein wirklich trachombehaftetes Individuum in einen bestimmten Menschenkreis eintrete, so hieße es doch, den Tatsachen Zwang anlegen zu wollen, um zu erklären, daß nicht das granulöse Individiuum durch Uebertragung, sondern die plötzlich erwachte Virulenz der Follicularisкeime die Granulose erzeugt haben sollte.

Elschnig unterscheidet neuerdings beim Trachom ein akutes und ein chronisches Stadium. Letzterem ordnet er noch ein leicht chronisches Stadium bei. Zu diesem rechnet er alle die Fälle, die von den meisten anderen Autoren als Conjunctivitis follicularis vom Trachom scharf geschieden werden. „Der erste Beginn dieser Form ist fast nie in der oberen Uebergangsfalte, sondern fast ausschließlich der innere, obere Winkel des Bindehautsackes, besonders der Zirkularfalte; auch die der halbmondförmigen Falte angrenzende Bulbusbindehaut kann schon von Anfang an Sitz von Körnchen sein. Die Körnchen sind klein, im Anfang isoliert, später zu größeren Herden zusammenfließend, rötlich oder graukreß gefärbt". In den Uebergangsfalten sollen die Körnchen meist tiefer sitzen als jene Follikel kindlicher Individuen, die Elschnig allein für eine nicht infektiöse, eigentliche Conjunctivitis follicularis hält. Es wird hier also ein Unterschied zwischen nichtinfektiös und infektiös, d. h. trachomatös, gemacht. Interessant ist Elschnigs's Meinung, daß unter gewöhnlicher Conjunctivitistherapie die Körnerbildung langsam zurückgehen und spurlos verschwinden kann. Was die nichtinfektiöse Art anbetrifft, schreibt Elschnig, daß er nur bei jugendlichen Individuen, meist zwischen 8 und 15 Jahren, solche nichtinfektiöse Fälle gefunden habe, wo in der ganzen unteren Uebergangsfalte bis zum Tarsusrand, weniger häufig auch in der oberen Uebergangsfalte, aber niemals in der Zirkularfalte, halbmondförmigen Falte oder angrenzenden Bulbusbindehaut, reichliche glasige, oberflächliche, fast kugelige vorragende Follikel sich finden. Der Prozeß erstrecke sich auf Jahre hinaus und heile schließlich ohne Hinterlassung irgendwelcher Spuren ab. Nach Elschnig sind diese Follikularkatarrhe nicht infektiös und auch auf Familienmitglieder nicht übertragbar.

Diese Ansicht Elschnig's kann aber nicht unwidersprochen bleiben. Ganz abgesehen davon, daß Birch-Hirschfeld in richtiger Weise die Ansicht vertritt, daß bei solchen Fällen, die Elschnig als nichtinfektiöse Conjunctivitis follicularis nur jugendlichen Individuen im Alter von 8 bis 15 Jahren zurechnen möchte, durch Hinzutreten einer Entzündung die Follikel nicht nur größer und trüber werden, sondern sich auch auf Plica und Bulbusbindehaut ausbreiten könnten, so hat meiner Ansicht nach noch Axenfeld durch seine im Jahre 1896 durchgeführte Selbstimpfung die Auffassung Elschnig's widerlegt. Es handelte sich damals um eine Conjunctivitis follicularis von Schulkindern, bei der besonders in der unteren, teilweise auch in der oberen Uebergangsfalte massenhaft, scharf begrenzte, glasige Follikel zu erkennen waren. Die Meibomschen Drüsen waren allenthalben sichtbar. Das Sekret war angeblich frei von Conjunctivitiserregern. Es handelte sich dem Krankheitsbild nach um einen Fall, wie ihn Elschnig als nichtinfektiöse Conjunctivitis follicularis angibt. Axenfeld legte sich einen excidierten Follikel in seinen linken unteren

Conjunctivalsack ein, und nach zehn Tagen zeigte sich eine Follikelbildung in der anfangs fast reizlosen Bindehaut, die langsam progressiv von unten auf die Bindehaut des oberen Lides übergriff und die ganze obere Uebergangsfalte durchsetzte. Derselbe Krankheitsprozeß spielte sich nach drei Wochen auf dem rechten Auge ab. Die Mehrzahl der Forscher hielt auf dem Heidelberger Kongreß nach drei Monaten die Erkrankung für ein Trachom. Ohne Therapie gingen nach anderthalb Jahren die Erscheinungen vollkommen zurück, ohne irgend welche Spuren oder Narben — selbst zwanzig Jahre später — hinterlassen zu haben. Ich glaube aus diesem Falle doch den Schluß ziehen zu dürfen, daß diese Follikulose eine Infektion, wenn auch mit einem wenig pathogenen Keime, gewesen war. Die Ausschließung jedoch jeglicher Narben oder sonstiger Schäden bei Axenfeld, wie bei den erkrankten Kindern, läßt keinen Verdacht auf Trachom zu. Wie ich ja schon in der Einleitung erwähnte, daß der von Noguchi gefundene Keim sehr wahrscheinlich der Erreger des Follikularkatarrhes sein wird, glaube ich in den Versuchen von Lindner und Rieger, Wien, eine Bestätigung meiner Ansicht finden zu können. Diesen gelang es, aus einigen Follikulosefällen ein Bakterium zu züchten — ähnlich den Noguchi-Keim —, mit dem sie erfolgreich Macaccen-Bindehaut impften. Lindner konnte sogar persönlich eine erfolgreiche Selbstimpfung erzielen. Aus diesen Versuchen und Darlegungen heraus muß man Elschnig widersprechen, wenn er von einem leicht chronischen Trachomstadium und von einer nichtinfektiösen Conjunctivitis follicularis spricht.

Wenn Birch-Hirschfeld in seinen neueren Anschauungen über Trachom dann sagt, daß eine Bindehauterkrankung mit Körnern, die spontan oder auf Einträufelung mit Hydrarg. oxyzyanat., ohne Narben zu hinterlassen, ausheilt, kein echtes Trachom ist und sein kann, eben weil ihr die wesentliche charakteristische Eigenart des Trachoms, die Narbenbildung, fehlt, so muß man sich vollkommen hinter diese Anschauung stellen. Wenn man auf dem Standpunkt steht, in der Conjunctivitis follicularis eine infektiöse Erkrankung zu sehen, könnte man nun auch den Einwand erheben, daß sie doch eine leichtere Trachomerkrankung sei. Aber ist es denn bisher gelungen, mit den Keimen — Noguchi, Lindner —, die sicher aus Follikulose gewonnen waren, auch nur ein einziges Bild von schwerem Trachom zu erzeugen? Deshalb glaube ich auch, daß einerseits ein schweres Trachom mit Pannus und Narbenbildung, andererseits eine Follikulose spontan oder auf milde Therapie ausheilend, keinen einheitlichen Erreger haben kann.

Peters dagegen vertritt wieder die Ansicht, daß zwischen Trachom und einfacher Conjunctivitis alle Uebergänge vorkommen, daß es ferner akute trachomverdächtige Conjunctividen gebe, die keine Hornhautkomplikationen hervorrufen oder Narben hinterlassen.

Auch französische Autoren, Worms-Marmoiton und Morax, beobachteten neben einem einfachen Follikularkatarrh eine sogenannte schwere Follikulose. Bei dieser bilden sich auf der Conjunctiva der Tarsi und der zwei Uebergangsfalten zahlreiche Follikel, in deren Verlauf sich körnige Veränderungen einstellten. Die Erkrankung des zweiten Auges und die günstige Therapie mit Kupfersulfat sprechen nach ersteren Autoren dafür, daß es sich um atypische Trachomfälle handelt. Jedoch heilten auch diese Erkrankungen ohne narbige Veränderungen aus. Auch hier handelt es sich scheinbar um ähnliche Krankheitsbilder wie bei der Axenfeld'schen Selbstimpfung, sodaß auch den französischen Autoren zu widersprechen wäre, wenn sie von atypischen Trachomfällen reden.

Axenfelds Ansicht geht schon aus seinem Selbstversuch klar und eindeutig hervor. Seiner Meinung nach sind wohl schwerere und leichtere Trachomerkrankungen zu unterscheiden unter der Voraussetzung allerdings, daß auch die leichteren Fälle ihre trachomatöse Natur zeigen, selbst nur durch eine noch so leichte spätere Narbenbildung. Er sagt dann weiter, daß diese leichteren Trachomformen natürlich den schwereren Bildern der einfachen nichttrachomatösen Follikelbildung der Conjunctiva ähneln, wie sie auch ohne jeden Zusammenhang mit trachomatöser Ansteckung auch in trachomfreier Umgebung weit verbreitet vorkommen. Von diesen letzteren führt dann eine ununterbrochene Abstufung herunter zu den leichtesten Formen der chronischen Follikelbildung, wie sie in Schulen usw. als Folliculosis längst als alltägliche Erscheinung bekannt sind. Diese Skala ist die Grundlage für die unitarische Auffassung, welche in Trachomländern begreiflicherweise viele Anhänger hatte, während in Ländern, in denen die Vollbilder des Trachoms völlig fehlten oder nur gelegentlich eingeschleppt wurden, diese gutartige Follikelbildung mit Bestimmtheit nicht als trachomatös aufgefaßt wurde.

Dieser Ansicht entgegen läuft neuerdings wieder die Meinung Falta's, der sich Elschnig anschließt und auch an zwei Fällen diese Ansicht zu beweisen sucht. In dem einen Fall erkrankt ein sechsjähriger Junge an einem Bilde, das namhafte Autoren als „Follikulosis" bezeichnen und für eine vom Trachom ganz verschiedene Erkrankung halten. Nach ca. sechs Monaten erscheint das Kind mit einem ausgesprochenen Bild von Trachom. Die Mutter des Kindes litt schon seit zwölf Jahren an Trachom. Weshalb soll nun hier nicht auf dem Boden einer Conjunctivitis follicularis nach sechs Monaten eine Infektion mit Trachom vorgekommen sein? Im zweiten Falle ein ähnliches Bild. Hier tritt nach drei Jahren ein Vollbild der Trachomerkrankung auf, wobei der Vater der Infektionsüberträger war. Falta zieht den Schluß, daß sich beide Patienten infiziert hätten, wonach zuerst ein leichtes Trachomstadium unter dem Bilde der Follikulose und nach längerer Zeit das schwere Trachombild aufgetreten wäre.

Seine Beobachtungen sind in Ungarn, in einem stärker verseuchten Lande, gemacht. So trifft auch, glaube ich, das von Axenfeld in seinem hier zuletzt angeführten Satze Gesagte auf die von Falta gemachten Aeußerungen zu.

Interessant ist ferner zum Schlusse noch die Stellungnahme von Blatt, der — überzeugter Dualist — auf den schweren Schaden hinweist, den übertriebener Unitarismus in der Heilpraxis verursachte.

Wenn ich hier die Theorien und Ansichten der verschiedensten Autoren, was die Stellung der Conjunctivitis follicularis zum Trachom anbelangt, niedergelegt habe, möchte ich nun dazu übergehen, einen aufschlußreichen Bericht über die Ansichten und Erfahrungen der Trachomerkrankungen an der hiesigen Augenklinik zu geben. Dieses Problem kann meiner Ansicht nach nicht in einer durchseuchten, sondern lediglich in einer seuchefreien Gegend entschieden werden, denn an Conjunctivitis follicularis erkrankte Individuen können sich in Trachomgegenden leicht mit Trachom nachinfizieren, sodaß unter dem anfänglichen Bilde eines Follikularkatarrhes sich danach ein schweres Trachombild entwickelt und so die ganze Aetiologie verwirrt. Deshalb darf das hiesige Material und die hiesige Klinik als ideales Beweismaterial angesehen werden, denn man kann die hiesige Gegend ohne Uebertreibung als trachomfreie Gegend bezeichnen. Was die Trachomfälle anbetrifft, habe ich die Erkrankungen seit 1926 bearbeitet und glaube auch darin fast die ganzen in hiesiger Gegend vorgekommenen Trachome erfaßt zu haben. Bevor ich nun näher auf die hiesigen Fälle eingehe, möchte ich doch kurz das klinische Bild skizzieren, nach welchem uns die Trachomdiagnose erlaubt erscheint. Die Merkmale des Trachoms, welches ausnahmslos eine außerordentlich langwierige Erkrankung ist, sind folgende:

1. Trübung und Auflockerung der Grundsubstanz der Bindehaut,
2. Neubildung von tiefsitzenden Follikeln meist in großer Zahl,
3. langsame Erweichung des Inhaltes (nicht aller Follikel) bis zum evtl. Austritt der glasig entarteten Masse (Platzen),
4. Narbenbildung,
5. Mitbeteiligung der Hornhaut durch das Auftreten des Pannus trachomatosus.

Jedoch muß man sich ohne weiteres der Ansicht von Schieck anschließen, wenn es heißt: Man könne gegen jedes dieser fünf Kennzeichen den Einwand erheben, daß es Fälle gebe, die dagegen sprächen; aber die Gesamtheit der Symptome umrahme trotzdem das Wesen des echten Trachoms.

Seit dem Jahre 1926 wurden an der hiesigen Universitäts-Augenklinik 19 Trachomfälle behandelt, und zwar entfallen auf das Jahr

1926	6 Trachomfälle
1927	1 Trachomfall
1928	8 Trachomfälle
1929	—Trachomfälle
1930	1 Trachomfall
1931	1 Trachomfall
1932	1 Trachomfall
1933	1 Trachomfall

Wir ersehen schon aus diesen Zahlen, daß es sich hier keineswegs um eine Trachomgegend handeln kann. Zu einem sehr interessanten Ergebnis kommen wir nun, wenn wir uns etwas näher mit den hiesigen Trachomfällen befassen.

Jahrgang 1926.

Fall 1: Patient W. ist in Rußland geboren, kam 1915 in deutsche Kriegsgefangenschaft und blieb seitdem in Deutschland. Er hat schon häufig mit Augenentzündung zu tun gehabt. Patient kommt z. Zt. wegen einer Keratitis superficialis zur Behandlung.

Klinisches Bild: Bds.: Conjunctiven des Ober- und Unterlides weisen zahlreiche Narben auf. Pannus von oben.

Fall 2. Patient P. hat seit drei Jahren Trachom; hat damals mit polnischen Arbeitern zusammengearbeitet.

Klinisches Bild: Wir finden links wie rechts leicht sulzig geschwollene Conjunctiven mit zahlreichen Follikeln, besonders auf dem Oberlid, aber auch in beiden Uebergangsfalten. Auf der Tarsusbindehaut zahlreiche Narben. Ferner finden wir bds. bis ins Zentrum der Cornea reichenden Pannus. Patient wurde aus wirtschaftlichen Gründen nach zehn Tagen entlassen und kam nach zwei Monaten mit reizfreien Augen, lediglich leichter Follikelschwellung links zur Nachuntersuchung.

Fall 3. Patient Sch. Bei diesem Patienten sehen wir keine eigentliche frische Trachomerkrankung mehr, lediglich die Folgen einer solchen. Patient selbst weiß eigentümlicherweise von einer früheren Augenerkrankung nichts; war 1872 bis 1875 in Mannheim militärdienstlich, wo damals viele Soldaten augenkrank gewesen seien; sonst immer in seinem Heimatort.

Klinisches Bild. bds. weißliche alte Trachomnarben in der Conjunctiva tarsi des Oberlides, Narbenzüge in der Conjunctiva der unter Uebergangsfalte. Patient klagt z. Zt. über bds. spast. Entropium, Trichiasis und Ulcus corneae lks. Wird nach dementsprechenden Operationen geheilt entlassen.

Fall 4. Patient B. ist Pole und gibt an, früher nie augenerkrankt gewesen zu sein. Seit zwei bis drei Monaten Augenentzündung.

Klinisches Bild: bds. feiner Pannus von oben und Reizung, Sekretion, Conjunctiven geschwollen, besonders am Tarsus. Starke Follikelbildung.

Fall 5. Patient R. erkrankte im Jahre 1924 in M.-Gladbach an Trachom. Nach Beschwerdefreiheit bis 1925 bestand seither stets ein geringer Reizzustand mit von Zeit zu Zeit sich einstellenden Exacerbationen. Wird z. Zt. wegen Ulcus corneae in die Klinik aufgenommen.
Klinisches Bild: Bds. Narbige Veränderungen in der Conjunctiva tarsi des Oberlides sowie bds. Pannus von oben.

Fall 6. Patient W. hatte Weihnachten 1917 zum ersten Male „entzündete" Augen, war damals drei Wochen in einem Militär-Augenlazarett. Als Armierungssoldat damals mit russischen und rumänischen Kriegsgefangenen zusammengearbeitet. Kommt jetzt mit entzündetem rechten Auge in die hiesige Klinik. Patient zeigt eindeutiges Trachombild. In der Conjunctiva tarsi beider Oberlider alte weißliche Narbenzüge, bds. Pannus. Wird nach einmonatiger Behandlung als gut geheilt entlassen.

Jahrgang 1927.

Fall 7. Patientin Fr. 14 Jahre, wird wegen Trachoms in die hiesige Klinik eingewiesen. Die Eltern des Kindes waren früher in Palästina ansässig. Die Patientin steht seit August v. Js. bei einweisendem Kollegen wegen eines immer wieder aufflammenden Rezidivs eines Trachoms in Behandlung, das sie sich während des Krieges in englischer Internierung in Aegypten (1918—20) zugezogen hatte. Strengste Therapie ließ die Entzündung des linken Auges, die sich bisher nur auf die Bindehaut beschränkte, zuweilen zur Ruhe kommen, jedoch treten seit einigen Wochen trotz aller Maßnahmen immer häufiger Hornhaut-Rezidive auf, der Pannus schiebt sich immer weiter vor ins Pupillargebiet. Das rechte Auge, das ebenfalls Zeichen eines überstandenen Trachoms darbietet, blieb während der ganzen Zeit völlig reizlos. Bei der hiesigen Aufnahme finden sich in der Conjunctiva tarsi des linken Oberlides, die obere Uebergangsfalte bevorzugend, zahlreiche kaum stecknadelkopfgroße Knötchen. Conjunctiva des Unterlides frei, bds. Pannus von oben, auf die Hornhaut reichend.

Jahrgang 1928.

Fall 8. Patient G. ist in Rußland geboren und lebte bis 1925 dort. Während dieser Zeit öfters Augenentzündung, doch hat Patient dem Augenleiden keine Bedeutung beigemessen. Die erste ärztliche Beratung erfolgte erst nach der Ansiedlung in Deutschland, wo 1926

eine fünfwöchige Behandlung in der Tübinger Augenklinik durchgeführt wurde. Seit diesem Jahr wieder stärkere Beschwerden.

Klinisches Bild: Conjunctiva tarsi sup. bds. gerötet und verdickt. Mehrere kleine Narben. Lks. in der oberen Uebergangsfalte etwa 6 bis 8 halblinsengroße Körner. Bds. Pannus von oben. Mehrfache Wiederaufnahme.

Fall 9. Patientin M., Polin, die fast nicht die deutsche Sprache beherrscht, war schon als kleines Kind augenkrank. Seit einiger Zeit Beschwerden von Seiten der Bindehaut.

Klinisches Bild: Conjunctiva tarsi sup. bds. geschwollen mit zahlreichen grauglasigen Trachomkörnern besetzt. Conjunctiva des Unterlides vereinzelt Körner. Bds. Pannus von oben.

1929, 1930, 1932 Wiederaufnahme mit demselben Befund, nachdem Patientin nach Rückgang der Trachomerscheinungen jeweils entlassen war, zuletzt mit narbigen Veränderungen beider Conjunctiva tarsi sup.

Fall 10. Patientin C., Polin, seit einigen Wochen augenerkrankt.

Klinisches Bild: Conjunctiva tarsi gerötet und geschwollen. Massenhafte Follikel verschiedener Größe, besonders am Oberlide und in der oberen Uebergangsfalte. Bds. Pannus von oben.

Fall 11. Patient G.: erkrankte 1916 in Serbien auf dem rechten Auge an Trachom, links hätten damals ebenfalls Beschwerden bestanden. Das Leiden des rechten Auges sei als Kriegsdienstbeschädigung anerkannt. In der Zwischenzeit häufige Augenbeschwerden. Patient kommt jetzt wegen einer Conjunctivitis simpl. links zur Behandlung.

Klinisches Bild: In der Conjunctiva des rechten Oberlides breite Narbenzüge, die sich bis hinauf in den Fornix fortsetzen und mit der Conjunctiva bulbi ein Symblepharon bilden. Unterlid: o. B. Die Cornea ist vollkommen bedeckt von einem mäßig dichten, durchscheinenden Pannus mit glänzender Oberfläche und alten Gefäßen in den Randteilen. Sehvermögen des rechten Auges: Handbewegungen dicht vor dem Auge.

Fall 12. Patientin S. ist ebenfalls Polin, war früher nie augenkrank. Seit zwei Monaten beide Augen leicht entzündet. Patientin schlief bisher mit der vor einigen Tagen aufgenommenen C. in einem Zimmer zusammen.

Klinisches Bild: bds. Conjunctiva tarsi mäßig gerötet und verdickt, mit zahlreichen frischen Trachomkörnern auf der Conjunctiva tarsi sup.

Fall 13 und 14: Patientinnen P. und F., polnische Landarbeiterinnen vom gleichen Gut wie die vorigen. Es bietet sich dasselbe Trachombild wie bei den zwei anderen Polinnen.

Fall 15. Patient R. wird ohne weitere Anamnese hier eingewiesen. Klinisches Bild: bds. in den Conjunctiven der Lider und Uebergangsfalten massenhafte frische Körner und Narben. Conjunctiva in toto verdickt. Bds. Pannus von oben.

Jahrgang 1930.

Fall 16. Patient O. stand 1921 schon in Aschaffenburg in spezialärztlicher Behandlung wegen Trachom. In der Zwischenzeit nicht behandelt. Patient war angeblich nie an der Ostfront, immer im Westen.

Klinisches Bild: Conjunctiva tarsi geschwollen, Uebergangsfalten verkürzt. Tarsus narbig verkrümmt. Pannus trachomatosus bds., bis $^1/_3$ auf Pupille reichend. Patient wird 1930/31 und 1932 wegen erneuten Reizerscheinungen wieder aufgenommen. Narbenzüge am Ober- und Unterlid.

Jahrgang 1931.

Fall 17: Patient B. Vater des Pat. ist Tscheche. Seine Schwester hatte früher Trachom. Seit 14 Tagen spürt Pat. Beschwerden.

Klinisches Bild: bds. alte weißliche Narben auf der Conjunctiva tarsi sup. Wenige frische Follikel. Rechts von oben beginnender Pannus.

Jahrgang 1932.

Fall 18: Patient E. war 1927 bei einem anderen hiesigen Kollegen in Behandlung.

Klinisches Bild: bds. auf der Conjunctiva tarsi sup. zahlreiche alte Narben, frische Follikel in beiden Uebergangsfalten, Pannus von oben knapp das Pupillargebiet erreichend, von sulzigem Aussehen mit ziemlich zahlreichen starken Gefäßen.

1932 Wiederaufnahme.

Jahrgang 1933.

Fall 19. Patientin D. stammt aus Thorn. Sie gibt an, mit 27 Jahren von dort verzogen zu sein, auch keinen Besuch von dort gehabt zu haben. Früher nie augenkrank. 1928 habe die Erkrankung des rechten Auges angefangen. War in Meiningen in Behandlung. Jetzt seit 14 Tagen wieder rechts entzündetes Auge. Prowaczeksche Einschlußkörperchen rechts.

Klinisches Bild: Bindehaut des Unterlides trüb geschwollen, Narben- und Follikelbildung, besonders in der unteren Uebergangsfalte. Sulzige Wucherungen. Oberlidbindehaut ebenfalls trüb-weißlich geschwollen. Narbenbildung über dem Tarsus. Follikelbildung in der oberen Uebergangsfalte. Pannus von allen Seiten, besonders von oben. Linkes Auge reizfrei, keine Narben und Follikel.

Von diesen neunzehn angeführten Trachomfällen, die an hiesiger Klinik seit 1926 zur Behandlung kamen, sehen wir, wie Fall 1, 3, 5, 11 uns zeigen, abgelaufene, zum Teil im Moment nicht akute Erkrankungen. Diese Patienten kamen teils durch die vom Trachom verursachten Folgeerscheinungen, wie Trichiasis, Entropium, Ulcus corneae in der hiesigen Klinik zur Aufnahme, teilweise waren es andere akute Augenerkrankungen, welche die Patienten hierher führten. Trotzdem erwähne ich diese Patienten hier, weil, wie die Praxis oft beobachtet und bestätigt, die Erkrankung wohl im Augenblick „geheilt" sein, aber zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufflackern kann. Weiterhin führe ich diese Patienten an, weil auch durch diese sozusagen geheilten Fälle demonstriert werden kann, daß es sich in der hiesigen Gegend um keinen Trachomherd handelt, was ja schon aus der geringen Zahl der Fälle hervorgeht, sondern daß es sich um eingeschleppte Fälle handelt. Patient 1 ist Russe und hatte schon in Rußland seine Trachomerkrankung. Patient 3 scheint in Mannheim in seiner Militärdienstzeit sich eine Infektion mit Trachom zugezogen zu haben, während bei Patient 5 in Westdeutschland die Infektionsquelle lag und Patient 11 im Kriege in Serbien trachomerkrankte.

Bei den mit Trachom zur Behandlung kommenden Fälle finden wir, daß Patient 2 sich durch polnische Landarbeiter infizierte, Patient 4 Pole ist und die Fälle 9, 10, 12, 13 und 14 ebenfalls polnische Landarbeiterinnen sind, die sich durch Schlafen in einem Zimmer bezw. gemeinsames Waschen gegeneinander ansteckten. Patientin 19 stammt aus Thorn, ist aber seit 1906 aus dieser Gegend weggezogen und will erst vor drei Jahren eine Augenentzündung bemerkt haben. Bei Patient 6 fand eine Infektion im Kriege durch Zusammenarbeiten mit russischen Kriegsgefangenen statt, während Fall 7 im Internierungslager in Aegypten trachomerkrankte. Patient 8, Russe, lebte bis 1925 in Rußland und erkrankte schon dort. Bei Patient 17, dessen Eltern Tschechen sind, und dessen Schwester schon an Trachom erkrankt war, dürfte wohl hier die Infektionsquelle zu suchen sein. Bei den Fällen 15, 16 und 18 ließ sich aus den Anamnesen der Erkrankungsherd nicht genau bestimmen, doch glaube ich ungezwungen den Schluß treffen zu dürfen, daß es sich um Infektion mit eingeschlepptem Trachom handeln muß. Interessant ist, daß es sich bei den meisten Fällen um Polen und Russen, und zwar in der Hauptsache um Landarbeiter, bezw. Arbeiterinnen handelt. Die aus Serbien, Aegypten und Tschechei eingeschleppten Fälle weisen deutlich auf die dortigen Trachomgegenden hin.

Aus dem hiesigen Material ist also zu ersehen, daß an neunzehn Trachomfällen, die an der hiesigen Klinik zur Behandlung kamen, bei sechzehn eine Ansteckung durch eingeschleppte Fälle oder Infektion in einer trachomverseuchten Gegend nachweisbar war, daß bei drei ein genauerer Nachweis der Infektion nicht ermittelt werden

konnte. Man ersieht ferner aus dem klinischen Bilde sämtlicher Fälle, daß es sich um typische Trachome handelt. Trübe Schwellung der Bindehaut, Trachomkörner, Sekretion, Narben, sowie Pannus sind fast überall zu finden. Bei unserem Krankheitsmaterial war aber auch die Feststellung zu machen, daß Trachombilder von ganz schwerer Form, und solche, die nicht dem Bilde eines schweren Trachoms entsprachen, zu finden waren. Jedoch in keinem der Fälle war auch nur ein Krankheitsbild erkennbar, das nur entfernt dem Bilde einer Conjunctivitis follicularis entspräche. Andererseits war in keinem der vielen Fälle von Conjunctivitis follicularis, die an hiesiger Klinik zur Behandlung kamen, und die Patienten, besonders in jugendlichem, aber auch in höherem Alter betrafen, auch nur eine sichere Trachomerkrankung zu finden. Bei hiesigen Fällen von Follikularkatarrh zeigten sich Bilder, die sich jahrelang als eindeutiges Bild eines Follikularkatarrhes hielten, aber sich entgegen der Ansicht von Falta niemals zu Trachom entwickelten. Ich glaube aus dem ganzen klinischen Material über Trachom an der hiesigen Klinik folgenden Schluß ziehen zu dürfen: Bei sämtlichen hier behandelten Trachomen handelt es sich um eingeschleppte Fälle, die in keinem Fall und in keiner Weise im Anfang das Bild einer Conjunctivitis follicularis zeigten. Dagegen behielten sämtliche Fälle von Follikularkatarrh, auch bei längerem Bestehen, immer das eindeutige klare Bild dieser Erkrankung bei und zeigten nie auch nur einer der Krankheitssymptome des Trachoms.

Zum Schluß ist es mir angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. S ch i e ck meinen verbindlichsten Dank für die Ueberlassung des Themas auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Axenfeld: Aetiologie des Trachoms.
Birch-Hirschfeld: Neue Anschauungen über Trachom, Z. f. Augenheilk. 65, S. 210.
Blatt: Was soll eigentlich Trachom genannt werden? Z. f. Augenheilk. 73, S. 264.
Elschnig: Conjunctivitis follicularis und Trachom. Kl. M. f. Augenheilk. 74, S. 9.
Falta: Klinische Gesichtspunkte beim Trachom. Kl. M. f. Augenheilk. 86, S. 822.
Kuhnt: Ueber die Therapie der Conjunctivitis granulosa. S. 421.
Lindner: Ist das Bact. granulosis Noguchi der Erreger des Trachoms? Graefes Archiv 122, S. 406.
Lindner und Rieger: Zur Aetiologie der Follikulose. Deutsche ophthalm. Gesellsch. 1930, S. 347.
Peters: Der heutige Stand der Trachomforschung. Münch. Med. Wochenschr. 72, S. 461.
Rieger: Zur Aetiologie der Follikulose. Arch. f. Ophthalm. 1932, S. 323.
Schieck-Brückner: Kurzes Handbuch der Ophthalmologie.
Worms-Marmoiton: Le Trachome. S. 59.

Lebenslauf.

Am 21. November 1908 wurde ich in Mainz als Sohn des Dr. med. Ernst Babucke und seiner Ehefrau Bertha, geb. Kraus geboren. Nach erfolgter Reifeprüfung im Jahre 1927 am Realgymnasium in Saarbrücken, widmete ich mich an den Universitäten Würzburg, München, Königsberg, Frankfurt und Wien dem medizinischen Studium und bestand im Sommersemester 1930 das medizinische Vorexamen an der Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg und im Wintersemester 1933/34 mein Staatsexamen daselbst.

Ehrenwörtliche Versicherung.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich vorstehende Dissertation unter Benutzung der angegebenen Literatur selbständig angefertigt habe.